ITEM 88 : PATHOLOGIE DES GLANDES SALIVAIRES

Glandes du collier salivaire = glandes principales : sécrétion réflexe, prandiale, de salive (1,5L/jour)
- **Glande parotide** (salive séreuse) : via le **conduit parotidien de Sténon**, qui s'ouvre en regard de la 2nd molaire supérieure, innervé par le nerf auriculo-temporal (branche du nerf IX), située de part et d'autre du nerf facial
- **Glande sub-mandibulaire** (salive séromuqueuse) : via le **conduit sub-mandibulaire de Wharton**, qui s'abouche près du frein de la langue, innervée par le nerf lingual
- **Glande sublinguale** (salive muqueuse) : via plusieurs canaux excréteurs et un canal principal, s'abouchant à la partie antérieure du conduit sub-mandibulaire, innervée par le nerf lingual

Glandes salivaires accessoires (salive muqueuse) : sécrétion continue, dissémines sur toute l'étendue de la muqueuse buccale

Pathologie infectieuse

= Pathologie générale (oreillon, VIH…) ou locale (lithiase), aigu (virale, bactérienne, lithiasique) ou chronique, récidivante
- **Sédimentation de la sécrétion salivaire** ou **obstacle à l'excrétion salivaire** : favorise l'infection, qui peut se propager aux glandes salivaires par voie canalaire ascendante à partir de germes buccaux → **sialodochite**
- Autres modes de contamination : **voie hématogène** ou **processus de voisinage** → **sialadénite**

Infection virale

Sialite ourlienne = Oreillons

= Principale cause anciennement, ↘ depuis la **vaccination ROR** systématique (95% de couverture)
- 2 doses de vaccin : 1ère à 12 mois, 2nd au cours de la 2ème année
- Infection immunisante : un 2nd épisode de parotidite aiguë élimine le diagnostic

C
- Période épidémique = hiver et printemps, **incubation** en 3 semaines
- **Phase d'invasion** (courte) : fièvre, malaise, otalgie, douleur à la pression des parotides
- **Période d'état** (1 semaine): fièvre, céphalées, douleur irradiant aux oreilles, odynophagie
- Inspection : **tuméfaction uni- ou bilatérale** (faciès piriforme) **des parotides**, simultanée ou décalée de quelques jours, rougeur à l'ostium du conduit parotidien, ADP
→ Diagnostic clinique

PC
- Bio (non nécessaire) : NFS normale, ↗ **amylase** (atteinte parotidienne ou pancréatique)
- **Virologie** : identification **PCR** sur la salive, LCS, urine, rarement sanguine
- **Sérologie** : IgM après quelques jours, IgG

TTT
→ Evolution vers la guérison totale dans la majorité des cas
- Complication (adulte jeune le plus souvent) : **orchite**, **méningite**, **pancréatite**, **surdité**
- Possible **foyer de nécrose**, entraînant une **parotidite chronique**
- TTT symptomatique : **repos**, **antipyrétique, antalgique** (paracétamol), éviction = 15 jours
→ Une infection à oreillons et immunisante à vie (aucune récidive)

Autres

= **VIH, coxsackie, grippe, CMV, EBV…**

Infection bactérienne

→ Cause locale (lithiasique, infection dentaire, stomatite), proportionnellement plus fréquente à la parotide

Infection salivaire à pyogène

= Infection aiguë, le plus souvent due à une baisse du flux salivaire et de l'immunité : pathologie du sujet âgé et/ou du patient en réanimation, notamment déshydraté

C
- **Tuméfaction douloureuse** et **inflammatoire** de la région parotidienne
- **Pus sortant de l'ostium du conduit**, spontanément ou à la palpation
- **Fièvre**

PC
- Eliminer une cause lithiasique (surtout si unilatérale) : **échographie, scanner**
- **Prélèvement de pus** pour analyse bactériologique : *S. aureus*, anaérobie

TTT
- **Antibiothérapie** adaptée (**spiramycine + métronidazole**) pendant **10 jours**
- **Réhydratation** et **soins de bouche**

Parotidite récidivante juvénile

C
= ≥ 3 épisodes : chez l'enfant de 4-5 ans, disparition à l'adolescence, étiologie inconnue
- **Tuméfaction uni- ou bilatérale**, généralement asynchrone, inflammatoire, douloureuse
- **Pus sortant de l'ostium** du conduit parotidien
- **ADP cervicales** satellites

PC
- Bio : hyperleucocytose, ↗ CRP
- Recherche de calcul salivaire négative
- **Sialendoscopie** : aspect avasculaire de couleur jaunâtre du conduit parotidien

TTT
- Parotidite aiguë : **antibiothérapie** adaptée, anti-inflammatoire
- TTT préventif : - **Sialendoscopie**: **dilatation canalaire sous pression, instillation de lipiodol**
- Massage quotidien

Pathologie lithiasique

Lithiase salivaire : présence d'un ou de calcul(s) dans le système canalaire excréteur, préférentiellement > 30 ans
- Calcul : sels de calcium migrant avec le flux salivaire
- Touche surtout la glande sub-mandibulaire (85%), plus rarement la parotide
- Infection : **sialadénite** (glande salivaire), **salodochite** (canal excréteur) ou **périsialodochite** (plancher buccal antérieur)

C

Lithiase sub-mandi-bulaire

- Découverte fortuite : panoramique dentaire, cliché de rachis cervical

Complication mécanique :
= 1er signes, rythmés par les repas :
- **Hernie salivaire** : tuméfaction de la glande au niveau cervical, avec sensation de pesanteur et de tension, non douloureuse, majorée au début du repas, réduite à la fin des repas avec un jet de salive
- **Colique salivaire** : douleur survenant lors de la hernie salivaire

Complication infectieuse :
- **Sialodochite** (**whartonite**) : douleur vive, irradiant à l'oreille, fièvre, dysphagie, hypersialorrhée, issue de pus au niveau de l'ostium
- **Péri-sialodochite** (**péri-whartonite**) = **abcès péri-canalaire** : douleur à la déglutition, parfois otalgie, trismus, tuméfaction du plancher buccal, issue de pus inconstante
- **Sialadénite** = **sub-mandibulite aiguë** : région sub-mandibulaire chaude, tendue, douloureuse, peau normale ou érythémateuse, fièvre (38-39°), dysphagie importante, otalgie, parfois issue de pus à l'ostium
- Complication : **fistule, cellulite cervicale** (risque asphyxique et septique)

SC :
- Inspection exobuccale : gonflement de la glande, confirmé à la palpation
- Inspection endobuccale : rougeur de la crête salivaire (lithiase antérieure), issue de pus
- **Palpation bidigitale** (endobuccale et cervicale) : recherche du calcul

Lithiase parotidienne

= Signes identiques, mais de localisation différente, complication infectieuse plus fréquente
- Complication mécanique : **hernie/colique** avec symptomatologie en arrière du ramus mandibulaire, sous l'oreille externe
- Complication infectieuse : **parotidite, abcès de la joue, sténonite**

Autres :
- **Glande sublinguale** (très rare) : tuméfaction inflammatoire pelvi-buccale au niveau de la partie latérale du plancher buccal (**sub-lingualite**)
- **Glande salivaire accessoire** (rare) : tuméfaction inflammatoire d'une glande accessoire, généralement de la lèvre, dont l'orifice est centré par un calcul

PC

→ Seule la découverte du calcul signe la lithiase : exploration seulement si diagnostic clinique non franc

Rx sans préparation :
= **Clichés occlusaux mordus** (antérieur et postérieur), **panoramique dentaire** : débrouillage
- Visualisation d'un gros calcul : image ovalaire radio-opaque, projetée sur une ligne allant de l'angle mandibulaire à la région incisive (calcul submandibulaire)
- Elimination d'une autre pathologie non salivaire : dentaire…

Echographie : - Visualisation des calculs > 2 mm : image hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur

TDM : - Grande sensibilité et forte valeur localisatrice (clichés non injectés souvent suffisant)

Sialographie : → N'est plus réalisée en pathologie lithiasique submandibulaire

Sialendoscopie : = Sous AL : diagnostic + **exérèse du calcul**

DD

Lithiase submandibulaire : - Compression extrinsèque du canal : **cancer de l'ostium, prothèse dentaire inadaptée**
- **Abcès d'origine dentaire** : collection adhérente à la mandibule

Lithiase parotidienne : - Stade latent : **calcification ganglionnaire, amygdalienne ou veineuse**
- Stade compliqué : **parotidite à pyogène, ourlienne ou récidivante**

TTT

Lithiase submandibulaire :
Extraction du calcul, sous AL ou AG, préférentiellement par voie buccale :
- Calcul ≤ 3 mm : **sialendoscopie** seule
- Calcul de 4 à 8 mm : **sialendoscopie** ± **lithotripsie** ou **taille chirurgicale endo-buccale**
- Calcul > 8 mm : **taille chirurgicale endo-buccale**

Submandibulectomie : rarement indiquée (cicatrice, lésion du nerf VII ou du nerf lingual)

Lithiase parotidienne :
- Extraction du calcul : **sialendoscopie**, **lithotripsie** (avec des meilleurs résultats)
- Chirurgie moins indiquée : présence du nerf VII

TTT de poussée infectieuse :
- **Antibiothérapie** : **amoxicilline** ou **macrolide**
- **Antalgique**, **antispasmodique**
- **Drainage chirurgical endo**- ou **exobuccal** → **en urgence en cas d'abcès**

Pathologie tumorale

Tumeur des glandes salivaires : 3% des tumeurs cervico-faciales, touche préférentiellement la **parotide** (85%)
- **Epithéliale** dans 95% des cas : 65% **bénigne** (adénome pléomorphe…), 15% de **malignité intermédiaire** (tumeur muco-épidermoïde, tumeur à cellules acineuses), 20% **maligne** (carcinome adénate kystique)
→ Les tumeurs des glandes salivaires accessoires sont plus souvent maligne (60%)
- Chez l'enfant : **hémangiome** (bénin), **rhabdomyosarcome embryonnaire** (malin)

TUMEUR PAROTIDIENNE

Histo

- Tumeur épithéliale : - Adénome : **adénome pléomorphe** (mixte), **cystadénolymphome**, **adénome oxyphile**…
  - Malignité intermédiaire : **tumeur muco-épidermoïde, tumeur à cellules acineuses**
  - Carcinome : **adénoïde kystique** (cylindrome), **ADK**, **carcinome épidermoïde, indifférencié**
- Tumeur non épithéliale (rare) : **hémangiome, schwannome, lymphome, sarcome, métastase** (mélanome)

- **Adénome pléomorphe** : surtout chez la femme de 40-50 ans, tuméfaction parotidienne unilatérale d'évolution lente, dure, indolore, peau mobilisable en regard, ø PF, ø ADP → risque de **récidive** ou de **dégénérescence**
- **Cystadénolymphome** (tumeur de Whartin) : homme ++, âgé > 40 ans, fumeur, VIH+, tuméfaction ferme, souvent multifocale/ bilatérale, touchant la parotide seulement → poussée de parotidite, sans risque de dégénérescence
- **Carcinome adénoïde kystique** : 40-50 ans, tuméfaction douloureuse, dure, **PF/ADP** associée

SF

- **Tuméfaction isolée de la région parotidienne**, depuis plusieurs mois/années, pouvant soulever le lobule de l'oreille, plus rarement dans le prolongement antérieur jugal ou à expression pharyngée

SC

- Recherche de signes évocateurs d'une affection maligne : **douleur**, **PFP, trismus, ADP cervicale, fixité cutanée et profonde, évolutivité rapide, nodule de perméation**

Evolution: - Tumeur bénigne : progressive sur plusieurs années, parfois jusqu'à un volume considérable
- Tumeur maligne : 50% des cas d'allure bénigne, parfois d'allure rapide avec signes de malignité

PC

- Panoramique dentaire : éliminer une autre pathologie (dentaire, lithiasique), parfois images de calcifications glandulaires, ou d'amputation/empreinte extrinsèque du bord post du ramus mandibulaire
- Echographie : topographie intra- ou extra-glandulaire de la tuméfaction

TDM/IRM injecté

→ Indispensable avant exérèse chirurgicale
- Tumeur bénigne : image lacunaire, unique, intra-glandulaire, capsule bien limitée, refoulement du système canalaire et glandulaire (encorbellement), **hypersignal T2**
- Tumeur maligne : image inconstance d'extravasation, opacification hétérogène, amputation canalaire, engainement péri-nerveux, **hyposignal T2**

Confirmation histologique

= Devant toute tumeur parotidienne unilatérale :
- Parotidectomie superficielle chirurgicale avec examen extemporané
- **Cytoponction à l'aiguille fine sous écho** : possible avant parotidectomie, seulement VPP
→ Biopsie contre-indiquée (risque de lésion du nerf facial)

DD

- Lésion intra-glandulaire : - **Sialite** : parotidite lithiasique pseudo-tumorale
  - Sialose avec **sialomégalie** : nutritionnelle ou systémique
- Lésion extra-glandulaire : - **ADP intra-parotidienne** (MT de mélanome cutané, tuberculose ganglionnaire)
  - **Hyperplasie lymphoïde kystique** : infection VIH
  - **Kyste/fistule latéraux du cou** d'origine embryonnaire
  - Autres tumeurs : **angiome, lymphangiome, neurinome**
- Lésion hors de la loge : cutanée (kyste sébacée, lipome, pilomatrixome), musculaire (hypertrophie massétérine), osseuse (tumeur du ramus mandibulaire), articulaire (tumeur bénigne ou maligne)

TTT

Tumeur bénigne

- Cystadénolymphome : **surveillance** ou **parotidectomie superficielle conservatrice du VII**
- Adénome pléomorphe : **parotidectomie totale conservatrice du VII**
- Malignité intermédiaire (muco-épidermoïde, à cellules acineuses) : **parotidectomie complète**, si possible **conservatrice du VII**

Tumeur maligne

- **Parotidectomie totale** ± sacrifice du nerf VII (tronc ou branche) si envahi (avec possible réparation du VII par **greffe nerveuse** dans le même temps), avec exérèse large avec ablation des structures voisines et reconstruction si besoin
- **Curage ganglionnaire cervical unilatéral**
- **Radiothérapie externe** complémentaire : recommandé si carcinome épidermoïde, ou selon les cas si ADK et carcinome adénoïde kystique

Complication des parotidectomies

- Paralysie faciale (20%) : régressive si nerf facial bien respecté
- Syndrome de Frey (15%, tardif) : rougeur et sudation per-prandiale de la région massétérine, liée à la repousse aberrante des fibres parasympathiques → injections répétées de toxine botuliques
- **Cicatrice pré-tragienne** : peut être comblée par plastie musculaire ou aponévrotique
- **Fistule salivaire** : seulement en cas de parotidectomie incomplète

Pathologie tumorale	**TUMEUR SUBMANDIBULAIRE**	- Peu fréquente, prédominante chez la femme	
		C	- **Tuméfaction isolée de la région sub-mandibulaire** : masse indolente, ferme, avec **signe du sillon** (masse séparée de la mandibule par un sillon) - Signes en faveur de malignité : **douleur linguale** et du **nerf dentaire** (V3), **maladresse/limitation de la protraction linguale**, **salive hémorragique** au canal de Wharton, **ulcération** muqueuse ou cutanée, **mobilité dentaire**, **paralysie du rameau mentonnier du nerf facial**
		PC	- **Panoramique dentaire** : éventuelle lyse osseuse en regard, éliminer une pathologie dentaire - Imagerie : **IRM** ou **TDM injectée**
		DD	- Pathologie lithiasique chronique, ADP, kyste congénital du cou
		TTT	**Exérèse chirurgicale** avec **examen extemporané** ± **curage ganglionnaire cervical** en cas de tumeur maligne - Risque d'atteinte nerveuse moindre : rameau marginal du nerf facial, nerf lingual, nerf XII en profondeur
	Tumeur sub-linguale		**Faux kyste mucoïde** (grenouillette, ranula) : bénigne, 2ndr à l'obstruction du canal excréteur - Tuméfaction bleutée et ovoïde du plancher buccal - Possible prolongement trans-mylo-hyoïdien, déformant la région submandibulaire - Palpation : tuméfaction rénitente, à contenu liquidien, indolore, isolée - Evolution par poussées, avec épisodes de **fistulisation buccale** (écoulement de liquide filant) - TTT chirurgical : **exérèse de la grenouillette par voie buccale** et de la glande sublinguale
	Tumeur des glandes salivaires accessoires		= A tout âge, plus fréquent chez la femme vers 50 ans - Lésions majoritairement malignes : **cylindrome, ADK** - **Formes palatines** (plus fréquente) : en regard des prémolaires - Bilan : extension nasale (rhinoscopie), osseuse ou sinusienne (TDM)
Pathologie immunologique	= Sialose (ou sialadénose) : pathologie chronique des glandes salivaires, non infectieuse, tumorale ou traumatique		
	Sialose nutritionnelle		**= Parotidomégalie bilatérale**, avec souvent hyperplasie de toutes les glandes salivaires - **Gros mangeurs** avec une **alimentation riche en amidon** (pain, pomme de terre) - **Ethylique** - **Sujet anorexique** ou **boulimique** - Cause non nutritionnelle : **diabète, goutte**
	SIALOSE SYSTEMIQUE	**Syndrome de Gougerot-Sjögren**	C : Touche essentiellement les femmes, vers 50 ans : triade clinique - **Kérato-conjonctivite sèche avec xérophtalmie** (œil sec) - **Xérostomie** (bouche sèche) : favorise la survenue de **caries** et **candidoses** - **Maladie systémique** : polyarthrite rhumatoïde ++, LED, cirrhose biliaire primitive… Association fréquente à une **hépatite C** (30%)
			PC : - **Test au sucre** : un morceau de sucre plaqué sous la langue doit fondre en < 3 minutes - **Test à la fluorescéine** : ↘ du temps de rupture du film lacrymal (break-up time BUT) - **Test de Schirmer** : bandelette de papier-filtre gradué placé dans les cul-de-sacs conjonctivaux → ↘ du nombre de graduation imbibées à 3 minutes - **Biomicroscopie à la fluorescéine** : coloration des érosions oculaires (kératoconjonctivite) - Bio : leucopénie, hypergammaglobulinémie polyclonale, ↗ VS/CRP, Ac non spécifiques (FR, anti-mitochondrie, anti-muscle lisse, anti-nucléaire…) - **Biopsie des glandes salivaires accessoires** : infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire, avec sclérose collagène
			Evolution : - Aggravation progressive sur des années - Risque de transformation en **lymphome malin** (favorisé par immunosuppresseurs)
			TTT : - **Sialogogue** (s'il reste du parenchyme glandulaire fonctionnel) - Immunosuppresseurs
		Sarcoïdose	**- Syndrome de Heerfordt** : hypertrophie parotidienne, uvéite, paralysie faciale et fièvre
		Maladie fibro-sclérosante à IgG4	**= Taux élevé d'IgG4 sériques** > 1,35 g/L et **infiltrat lympho-plasmocytaire riche en IgG4,** pouvant toucher tous les organes, particulièrement le **pancréas, voies biliaires** et **glandes endocrines** - Touche préférentiellement les hommes (3/1) > 60 ans **- Atteinte salivaire** : tuméfaction sub-mandibulaire indurée uni- ou bilatérale (tumeur de Kuttner) - **Syndrome de Mikulicz** : tuméfaction symétrique douloureux > 3 mois de 2 glandes parmi les glandes lacrymales, les parotides et/ou les glandes sub-mandibulaires - Syndrome sec rare ou peu invalidant - Très cortico-sensible

Pathologie immunologique	**VIH**		= Tuméfaction des loges salivaires possible tout au long de l'infection VIH : - **ADP de la phase aiguë** (primo-infection) ou **chronique** (syndrome des ADP persistante) - **Tuméfaction vraie des glandes salivaires** (essentiellement parotidienne) - **Hyperplasie lymphoïde kystique** : affection bénigne, non chirurgicale (sauf esthétique), correspondant à de nombreuses images de pseudo-kystes salivaires, dues à la nécrose des adénopathies - **Lymphome**
	DD	Causes d'hyposialie	- Iatrogène : **anti-histaminique, antidépresseur, anticholinergique, neuroleptique, antihypertenseur central**… - Temporaire : **déshydratation, infection** (oreillons, bactérienne…) - Maladie systémique : **granulomatose** (**sarcoïdose**, **tuberculose**), **amylose**, **greffon vs hôte**… - **Syndrome lymphoprolifératif** - **Infection VIH, HTLV1, VHC** - **Diabète** - **Mucoviscidose** - Affection du SNC : **maladie de Parkinson, sclérose en plaque** - **Radiothérapie** de la tête et du cou - **Agénésie des glandes salivaires** - **Vieillissement** - **Psychogène**